Göttingen Diss 1925
Lane Medical Library

Aus der Gerichtsärztlichen Unterrichtsanstalt der Universität Göttingen.
Direktor: Medizinalrat Professor Dr. Lochte.

Über die Amnesien,

welche im Gefolge von Epilepsie, Hysterie, Kopfverletzungen, Alkohol-, Kohlenoxydvergiftungen und Strangulationen auftreten; im besonderen hinsichtlich ihrer forensischen Bedeutung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Georg - August - Universität
zu Göttingen

vorgelegt von

Kurt Luhmann
aus Osnabrück

Berlin 1925

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 19. Juni 1925.

Referent: Professor Dr. Lochte.

Sonderabdruck aus der „Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung".
(Verlag von Richard Schoetz, Berlin SW 48.)

Unter Gedächtnis verstehen wir die Fähigkeit der Erinnerung an Wahrnehmungen, Empfindungen, Schlüsse und Urteile.

Von dem Begriff des Gedächtnisses grenzt die neuere Psychologie denjenigen der Merkfähigkeit ab. Sie versteht darunter die Fähigkeit, neue Erinnerungselemente aufzunehmen und sie im Gedächtnis aufzuspeichern.

Amnesie heißt wörtlich übersetzt Erinnerungslosigkeit, d. h. es wurde entweder nichts „wahrgenommen" und dementsprechend auch nichts „aufgefaßt", — unter welch letzterem wir das In-Verbindung-Treten mit vorhandenem geistigen Besitz, das „Bewußtwerden" des Wahrgenommenen verstehen — oder es wurde zwar etwas „wahrgenommen" bzw. „aufgefaßt", das Wahrgenommene und Aufgefaßte wurde aber wieder vergessen.*) Aufgefaßt werden kann nur das jeweils im Blickpunkt unseres Gesichtsfeldes Befindliche. Die außerhalb dieses Konzentrationspunktes liegenden Komplexe können zwar wahrgenommen werden und unser Tun beeinflussen, brauchen uns aber nicht „bewußt" zu werden.

Die Wahrnehmung und Auffassung von Gedächtnismaterial ist abhängig von dem jeweiligen psychischen Zustand der Person

*) Wo nichts aufgefaßt wird, kann natürlich auch nichts vergessen werden. Ob das Vergessen gleichbedeutend ist mit dem Auslöschen des Aufgefaßten, erscheint zweifelhaft.

einerseits und einer ausreichenden qualitativen und quantitativen Stärke der zum Bewußtsein vordrängenden äußeren oder inneren Erlebnisse andererseits. Nicht aufgefaßt werden Eindrücke, denen kein Interesse und keine Aufmerksamkeit zugewendet wurde (Kulpe, Offner, Kohnstamm, Waldberg), sowie solche, die sehr flüchtig und leise — unterschwellig — sind (Peters & Schorn bei J. H. Schultz). Im Zustand der Zerstreutheit und Ermüdung haften Gedächtniseindrücke schlechter, auch hohes Alter und mangelnde geistige Schulung kann der Einprägung nachteilig sein.

In jedem gerichtlichen Fall, in dem eine zu vernehmende Person behauptet, sich des in Rede stehenden Vorganges nicht mehr zu erinnern, wird zunächst zu prüfen sein, ob überhaupt etwas wahrgenommen und aufgefaßt werden konnte. Weiterhin ist damit zu rechnen, daß unser Gedächtnis dem Vergessen unterworfen ist. Dieses ist abhängig von formalen Momenten (Intensität der Aufnahme, Wiederholungen, Art des Erlebnisses und Beziehung zu dem Erlebenden) oder beruht auf assoziativer oder reproduktiver Hemmung. Gegen Unangenehmes machen sich Verdrängungstendenzen geltend.

Der Ausdruck Amnesie ist nicht der Psychologie, sondern der Psychiatrie entnommen und bedeutet einen krankhaften Verlust der Erinnerung für einen bestimmten Zeitraum (Aschaffenburg). Auch in der Psychopathologie müssen wir damit rechnen, daß entweder nichts aufgefaßt oder das Aufgefaßte wieder vergessen wurde. Dabei ist zu beachten, daß in chronischen psychopathischen Zuständen (Schwachsinn, Epilepsie, Hysterie usw.). Die Wahrnehmung und Auffassung der Gedächtniseindrücke in

spezifischem Maße gestört sein kann. Amnesien sind nach solchen mehr oder minder akuten Schädigungen des Seelenlebens, die mit einem Sinken der Helligkeit des Bewußtseins verbunden sind, beobachtet worden. Solche Bewußtseinsveränderungen werden als Dämmerzustände bezeichnet. Sie kommen u. a. vor bei: 1. Epilepsie 2. Hysterie, 3. Kopfverletzungen, 4. Alkohol, 5. Kohlenoxydvergiftungen, 6. Strangulationen.

Für unsere Aufgabe, die Amnesie vom forensischen Standpunkt aus zu würdigen, ist es unerläßlich, zunächst darzulegen, was die klinische Erfahrung über Dämmerzustände und Amnesien lehrt; im zweiten Teil der Arbeit soll dann vom forensischen Standpunkt aus zu diesen Erhebungen Stellung genommen werden.

Es muß vorausgeschickt werden, daß man verschiedene Formen der Amnesie unterscheidet. Eine Amnesie kann „total" oder „partiell" sein. „Systematisiert" (Janet) nennt man sie, wenn die systematischen Zusammenhänge der jeweils zusammengehörigen Erlebnisse bestimmten Inhalts, „lokalisiert" (Janet, Störring), wenn Vorgänge einer bestimmt scharf abgrenzbaren Zeit vergessen wurden. Von „summarischer Erinnerung" sprechen E. Schultze u. a., wenn die Begebenheiten der fraglichen Periode, wenn auch nur undeutlich erinnert werden. Die „einfache Amnesie" bezeichnet Erinnerungsverluste für die Zeit eines Bewußtseinsverlustes oder einer Bewußtseinstrübung. „Retrograde" oder „retroaktive" Amnesie (Azam) besagt, daß die Erinnerungslosigkeit in die Zeit zurückreicht, in der zweifellos noch keine psychischen Veränderungen bestanden haben. Sind alle im Verlauf des Lebens angesammelten Er-

innerungsbilder verloren gegangen, so nennt man die Amnesie „generell“ (Janet). „Anterograd“ (Charcot) ist eine Amnesie, wenn das Vergessen sich auf Vorgänge, die nach Beendigung einer akuten Geistesstörung stattgefunden haben, erstreckt, die „retardierte“ Amnesie (Ottolenghi) besteht in einem anfänglichen Vorhandensein und dann allmählichem Schwinden der Erinnerung. Nach Kovalewski handelt es sich einfach um einen noch nicht abgeklungenen Dämmerzustand. Schließt dieser ab, so setzt die Amnesie ein.

Eine Amnesie ist nur ein Symptom eines voraufgegangenen Dämmerzustandes. Will man eine Amnesie feststellen, so muß man zunächst den Nachweis erbringen, daß tatsächlich eine Bewußtseinsstörung vorgelegen hat. Die Kenntnis des klinischen Verlaufs der mit Amnesie einhergehenden Störungen ist daher für die gerichtsärztliche Begutachtung unbedingt notwendig. Eine Schilderung desselben hat der Würdigung der Amnesien vorauszugehen.

Die Epilepsie äußert sich als Krampfanfall oder als Geistesstörung im engeren Sinne. Unter letzterer verstehen wir die dauernden Erkrankungen (epileptische Charakterdegeneration resp. Verblödung) und die vorübergehenden Psychosen, welchen wir die periodischen Verstimmungen und die Dämmerzustände zurechnen. Nur der epileptische Krampfanfall und der Dämmerzustand gehen im allgemeinen mit stärkerer Bewußtseinstrübung einher und können daher eine Amnesie hinterlassen. Forensisch kommen fast nur die epileptischen Dämmerzustände in Betracht. Diese müssen daher kurz skizziert werden.

Das äußere Verhalten der Kranken kann ein verschiedenes sein. In einer Anzahl

von Fällen weist die tiefe Benommenheit, die zeitliche und örtliche Desorientiertheit, die Teilnahmlosigkeit auch den Laien darauf hin, daß die Herabsetzung der Helligkeit des Bewußtseins eine wesentliche ist, in anderen Fällen benimmt sich der Kranke bei oberflächlicher Betrachtung anscheinend geordnet. Es resultiert dies Verhalten aus der Qualität des Dämmerzustandes. Die Umwelt ist für einen solchen Kranken nicht erloschen, er nimmt sie wahr, reagiert auch richtig darauf, die Handlungen verlaufen aber an der Peripherie des Bewußtseins mehr oder minder automatisch, sie treten nicht in Berührung mit dem Bewußtseinsinhalt des Gesunden, sondern nur mit dem beschränkten Bewußtseinsinhalt des Kranken. Die Verbindung zu der Gesamtpersönlichkeit ist nicht vollständig gelöst. Selbst recht verwickelte Unternehmungen können sicher und scheinbar zielbewußt ausgeführt werden, wie z. B. die Wanderungen im epileptischen Ausnahmezustand (Siemerling, E. Schultze). Eine genaue Beobachtung ergibt jedoch manche Absonderlichkeit. Der Kranke macht den Eindruck eines traumhaft Benommenen oder Trunkenen und fällt durch lallende Sprache, blutunterlaufene Augen, taumelnden Gang, Zittern der Hände, trüben oder stieren Blick, Blässe des Gesichts, starkes Schwitzen als Ausdruck der jeweiligen Affektlage auf. (Siemerling, Donath.) Werden Anforderungen an die Initiative oder Überlegung des Kranken gestellt, so versagt er.

Die vom Epileptiker im Dämmerzustand verübten Taten tragen ein gewisses spezifisches Gepräge und sind häufig von Halluzinationen schreckhaften Inhalts beeinflußt. Sie entbehren der richtigen Motivierung und kontrastieren zu dem normalen Denken und Trachten des Täters. Anscheinend

geordnetes, gleichgültiges, mehr unauffälliges Verhalten läuft neben befremdlichen unerwarteten Aktionen her (Samt, Hochgeschurz). In einigen Fällen gelangen unterdrückte Vorstellungskomplexe des Wachbewußtseins im Dämmerzustand nach Wegfall der Hemmungen zur Ausführung (Siemerling, Moeli).

Die Dauer der Ausnahmezustände kann von Bruchteilen einer Stunde bis zu Wochen dauern. Samt beobachtete Dämmerzustände, die zwölf Wochen anhielten. Im allgemeinen ist die Dauer von Monaten jedoch recht ungewöhnlich und mahnt zur Vorsicht (E. Schultze). Die einzelnen Anfälle und die in ihnen ausgeführten Handlungen der Kranken können einander sehr ähnlich sein, ein Phänomen, welches nach Cramer diagnostisch verwertbar ist.

Alkoholgenuß wirkt provozierend auf das Auftreten von epileptischen Dämmerzuständen (Kraepelin), insbesondere zu Zeiten epileptischer Verstimmung. Als disponierend gelten Kopftraumen.

Erst der Nachweis derartiger Erscheinungen ist geeignet, eine vorgegebene Amnesie wahrscheinlich zu machen. Die Ausdehnung der einfachen Amnesie braucht nicht in einem gesetzmäßigen Verhältnis zu dem sichtlichen Grad der Benommenheit zu stehen. Die Erinnerung fehlte z. B. vollständig in Fällen, in denen man dem Aussehen oder den ausgeführten z. T. komplizierten Handlungen der Kranken entsprechend ein wenig gestörtes Bewußtsein annehmen wollte (Strohmayer, Charcot, Jackson, Fürstner, Siemerling) und war andererseits vorhanden, wenn man aus dem Verhalten der Erkrankten auf eine erhebliche Tiefe der Bewußtseinsstörung glaubte schließen zu dürfen (Fischer, Hertz nach

Siemerling, Samt, Helming, Benon). Zum Teil muß man dann wohl eine starke Affektbetonung des Erlebnismaterials im Dämmerzustand für die vorhandene Erinnerung verantwortlich machen (Samt zwei Fälle). Im allgemeinen soll nach Stertz die einfache Amnesie besonders in den Fällen eine totale sein, in denen die Dämmerzustände akut beginnen, kurze Zeit dauern und kritisch enden, also scharf aus dem Wachbewußtsein herausgeschnitten sind. Einige klinische (nicht gerichtliche) Beobachtungen seien erwähnt. Siemerling sah einen Kapellmeister, der im epileptischen Verwirrtheitszustand seinen Notenkoffer auf der Straße auspackte. An die Tatsache selbst erinnerte er sich später. Für die Vorbereitungen zu diesem unsinnigen Unternehmen war er amnestisch. Ein anderer durch Kopftrauma disponierter Patient von ihm führte im Dämmerzustand, der durch Alkoholgenuß ausgelöst war, Gedanken aus, die im Wachbewußtsein unterdrückt waren. Die Tat — Angriff auf einen verhaßten Vorgesetzten — erschien zwar psychologisch verständlich, hatte aber schon Laien durch das verstörte, geisteskranke Benehmen des Inkulpierten als krankhaft imponiert. Es bestand summarische Erinnerung. Einen mehrtägigen epileptischen Ausnahmezustand mit auffälligem Verhalten und vorhandener Erinnerung beschreiben Donath und Fürstner, mit fehlender Erinnerung Siemerling. Verschiedene bis zu drei Monate lang dauernde und durch Angstvorstellungen charakterisierte — und dadurch sich als krankhaft erweisende — Dämmerzustände mit nachfolgender totaler einfacher Amnesie Samt. Von E. Schultze und Donath sind wochenlang dauernde Wanderdämmerzustände von Epileptikern

beschrieben worden, für welche die Kranken hinterher amnestisch waren. Raecke wurden zwei von der Polizei aufgegriffene Epileptiker zugeführt, die sich in einem Dämmerzustand befanden, generell amnestisch und nicht zu identifizieren waren.*) Auch retrograde Amnesien nach epileptischen Anfällen sind beobachtet. Léglas kennt einen Kranken, der nach einem durch Alkoholgenuß ausgelösten Insult eine sich über zwanzig Jahre erstreckende fast totale retrograde Amnesie akquirierte, die sich spontan allmählich besserte; ein anderer Patient von ihm erwarb nach einem Anfall eine eintägige retrograde Amnesie, die sich nicht reparierte. Ob sich eine dreimonatige retrograde Amnesie eines Kranken von Hopkins aufhellte, ist nicht berichtet.

Außerordentlich selten sind klinische Fälle von retardierter Amnesie beim Epileptiker. Nur von Noack finde ich einen nicht kriminellen Fall beschrieben, den man vielleicht zur Epilepsie rechnen darf. Der vorher unbescholtene Kontrahent zeigte vierzehn Tage hindurch ein verändertes Verhalten. Nach Trinkexzessen wurde er tobsüchtig erregt und attackierte seine Umgebung. Der Anfall dauerte $1^1/_2$ Tage. Unmittelbar danach war Erinnerung an die Ereignisse, die während seines abnormen Zustandes vorgefallen waren, vorhanden, kurz darauf trat Amnesie ein.

Recht interessant sind die psychologischen Experimente, welche Schilder mit im epilep-

*) Hinsichtlich genereller retrograder Amnesien muß bemerkt werden, daß der Ausfall des Gedächtnisbildes doch wohl kein vollständiger ist; man würde in diesem Fall erwarten müssen, daß die Betroffenen sich wie Säuglinge benehmen würden, während ihr Verhalten den Schluß erlaubt, daß die verlorenen Erinnerungskomplexe zum Teil doch latent zur Verfügung stehen.

tischen Ausnahmezustand Befindlichen anstellte. Er konnte so gut wie regelmäßig mittels Wiedererkennungsreaktion und des Ebbinghausenschen Ersparnisverfahrens die Spuren des im Erinnerungszustand Erlebten auch im Wachen nachweisen, Ricklin, Muralt und Kronfeld gelang es, einfache epileptische Amnesien durch Hypnose aufzuhellen. Demnach dürfen wir uns wohl zu der Annahme berechtigt halten, daß in den untersuchten Fällen kein Auslöschen der Erinnerungskomplexe aus dem Gedächtnis vorlag, sondern daß lediglich die spontane Reproduktion des amnestischen Materials verhindert war.

Von der in der mannigfachsten Form auftretenden „hysterischen Reaktionsweise" (Gaupp) interessieren uns wiederum nur die Dämmerzustände. Es muß hervorgehoben werden, daß die somatischen oder psychischen Erscheinungen der Hysterie von einer gewissen Schwere sein müssen, oder das schädigende Ereignis ein besonders starkes sein muß, wenn ein hysterischer Dämmerzustand eintreten soll. Vorübergehend kann auch der Gesunde unter dem Einfluß z. B. der Pubertät, Gravidität, Menses, starker gemütlicher Erregung (Selbstbeobachtung von E. Schultze) oder körperlicher Anstrengung (Bunse Fall 27—29) hysterisch reagieren. Eine scharfe Grenze zwischen gesund und krank besteht nicht.

Das Verhalten und die im Dämmerzustand ausgeführten Handlungen tragen ein ganz ähnliches Gepräge, wie wir es bei den epileptischen Bewußtseinsstörungen beschrieben haben. Nur ist im allgemeinen die Bewußtseinstrübung keine so tiefe wie dort, und daher die Amnesie meist keine so vollkommene und leichter zu beheben.

Allerdings ist hierbei die Hysterie als solche von einschneidender Bedeutung.

E. Schultze definiert die Hysterie als eine in letzter Instanz unerklärliche Fähigkeit des Hysterikers, eine im Stillen vielleicht gewünschte oder gefürchtete Änderuug in körperlicher oder geistiger Hinsicht mehr oder weniger zur Tatsache werden zu lassen; Kraepelin spricht von Resten uralter Schutz- und Abwehrmechanismen des Organismus. Hiernach überrascht es uns nicht, wenn der Hysteriker in manchen Fällen die Amnesie als solche für ein probates Mittel ansieht, irgend welchen unangenehmen Erinnerungseinflüssen auf diese Weise aus dem Wege zu gehen. Es ist nicht lediglich die Zusammenhanglosigkeit des Dämmerzustandes mit dem Wachbewußtsein, welche eine Amnesie zur Folge hat. Der Hysteriker hat die Fähigkeit, autosuggestiv einen Komplex zu verdrängen. Man empfängt häufig den Eindruck, als handele es sich bei den hysterischen Ausnahmezuständen wie bei den hysterischen Amnesien direkt um eine „Flucht in die Krankheit“ (Gilbert, Matthies u. a.). Psychische Einflüsse können einerseits eine hysterische Reaktion hervorrufen, andererseits sie beseitigen. Diese reaktive Auslösung der Anfälle darf zur Diagnose herangezogen werden. Die eigentümliche Fähigkeit der hysterischen Reaktionsweise erklärt auch die Tatsache, daß die Dämmerzustände selbst häufig sehr ausgedehnt sind, von der Amnesie jedoch noch bei weitem übertroffen werden.

Einen hysterischen Wanderzustand mit summarischer Erinnerung, die sich durch „Zureden“ wesentlich bessern ließ, beschreibt Raecke. Ribot, Janet, Donath, Jones, Konrad, Matthies, Gilbert, Schönfeld berichten

über hysterische Dämmerzustände, die ausgezeichnet sind durch generelle, systematisiert oder lokalisiert retrograde Amnesien. Zum Teil ist die Bevorzugung eines Affekts als auslösendes Moment deutlich. Bei Konrad ist es eine unangenehme Überraschung, bei Matthies eine extramatrimoniale Schwängerung, bei Gilbert ehelicher Zwist, bei Schönfeld der Sexualehre nahetretende Anträge des Dienstherrn. In Donaths beiden Fällen besserte sich die generelle retrograde Amnesie spontan, in dem einen Fall blieb allerdings eine einfache Amnesie bestehen. Konrads Patientin war nach einem halben Jahr wieder im Vollbesitz ihrer geistigen Fähigkeiten, stand ihrem Vorleben jedoch so gegenüber, als ob sie es gelesen hätte. Schönfelds Patientin täuschte infolge ihrer systematisierten retrograden Amnesie eine Agraphie und Aphasie vor. Eine Patientin Higiers hatte außer einer fast generellen retrograden auch eine anterograde Amnesie. Janet, Jones, Strasser, Matthies, Gilbert wandten in ihren Fällen Suggestion bzw. Hypnose an und erzielten Heilung. Erwähnenswert ist der offensichtliche Widerstand gegen die Hypnose selbst im Falle Gilbert, oder gegen den Versuch der Aufhebung der retrograden Amnesie in der eingeleiteten Hypnose im Fall Matthies. Dieses Verhalten unterstützt unsere obigen Ausführungen von der „Flucht ins Vergessen". Nach alledem handelt es sich bei den hysterischen Amnesien nicht um ein Zugrundegehen von ehemals Aufgefaßtem, sondern nur um eine Verdrängung desselben.

Eine Haupterscheinung unter den klinischen Symptomen ist die Amnesie bei der commotio cerebri. Je nach der Schwere der Gehirnerschütterung — die der Schwere des

Traumas nicht parallel zu gehen braucht —, ist die Bewußtseinshelle graduell verschieden. In den leichten Fällen bemerkt der Verletzte den Schlag, er fühlt sich schwindelig, hat vielleicht eigentümliche Lichtempfindungen, Ohrensausen und Kniezittern, und verliert für kurze Augenblicke das Bewußtsein. In den schweren Fällen stürzt der Verletzte sofort bewußtlos zusammen, das Gesicht ist blaß, schlaff und ausdruckslos und mit kaltem Schweiß bedeckt, der Puls und die Atmung sind klein und verlangsamt, häufig tritt Erbrechen, manchmal unwillkürlicher Kot- und Urinabgang ein. Unmittelbar aus den Erscheinungen der commotio cerebri heraus entwickelt sich die Kommotionspsychose, welche man als das protrahierte Durchgangsstadium von der durch die Kopfverletzung gesetzten Bewußtlosigkeit bis zur endgültigen Aufhellung betrachten kann. Ihre Dauer ist sehr verschieden, von einer Viertelstunde bis zu Monaten (Kömpfen, Higier, Kalberlah, Wille und Weber), ebenso verschieden ist die Intensität ihrer Störungen. Hier hat der Erkrankte lediglich das Gefühl eines erschwerten Gedankenablaufs, gehemmter Verarbeitung von Sinneseindrücken und Eingenommenheit im Kopf (Naecke), ist zum Teil auch unnatürlich heiter oder häufiger grob, mürrisch und abweisend (Schröder), Affektschwankungen, die nicht selten mit unnachsichtigem Verhalten und Verkennung der Situation einhergehen, infolgedessen es plötzlich zu energischen Erregungen epileptoider Färbung (Wille und Weber) mit ängstlicher Sinnestäuschung und Neigung zu gewalttätigen Angriffen auf die Umgebung kommen kann, dort macht sich eine stark gestörte Merkfähigkeit mit Desorientiertheit und scheinbarem Intelligenz-

defekt neben größerer Schwere und längerer Dauer der übrigen Symptome geltend (Westphal, Kalberlah). Die Amnesie braucht der sichtbaren Intensität der Bewußtseinsstörung nicht zu entsprechen. So leitete eine Hebamme Boullards im postkommotionellen Dämmerzustand lege artis eine Geburt, Naecke gab ärztliche Anweisungen und schrieb sogar Rezepte, ohne daß beide irgendwie nennenswert ihrer Umgebung auffielen, und doch wiesen beide nachher eine totale Amnesie für das Trauma und die im postkommotionellen Dämmerzustand ausgeführten Handlungen auf. (Ähnlicher Fall von Klink.) Die commotio cerebri ist es auch, bei der man zuerst die retrograde Amnesie beobachtete. Bei Kömpfen und Higier währte sie einige Tage, bei Kalberlah zwei Jahre, bei Wille und Weber war sie generell. Alle diese Fälle wiesen neben der einfachen und retrograden eine anterograde Amnesie auf, die sich bei Kömpfen über einen Tag, in den anderen Fällen über mehrere Wochen erstreckte. In allen Fällen traten weitgehende Restitutionen der retro- und anterograden Erinnerungsausfälle ein, bei Kömpfen bis einen Tag ante und sechs Stunden post trauma, bei Kalberlah bis kurze Zeit ante und vier Wochen post commotionem cerebri, bei Wille und Weber blieb die anterograde Amnesie etwa für zwei Wochen bestehen, während die retrograde einer Besserung zugänglich war. Bei einem Schädelverletzten von Righetti verschwand die retrograde Amnesie nach einem Traum, der das Amnesierte zum Inhalt gehabt hatte. Die einfache Amnesie war in keinem Fall der Heilung zugänglich. Eine commotio cerebri des Verfassers (1922) war mit etwa sechswöchentlicher retrograder und einige Stunden währender anterograder

Amnesie verknüpft. Die retrograde Amnesie konnte beseitigt werden, die einfache und anterograde besteht noch heute. Auch hier ergeben die Untersuchungen, daß infolge commotio cerebri kein endgültiger Gedächtnisausfall Platz greift.

Von den verschiedenartigen Formen der Alkoholintoxikationen kommt für unsere Abhandlung nur der komplizierte Rausch in Betracht. Dieser ist nach Ziehen durchaus als Dämmerzustand aufzufassen und kann als solcher eine Amnesie zur Folge haben. Eine Erinnerungslosigkeit beobachten wir auch nach unkomplizierten Räuschen. Jedoch sind diese der ärztlichen Begutachtung nach Ansicht Cramers und Gaupps (— entgegen Hoppe —) entzogen, da sie aus sozialer Notwendigkeit heraus als etwas „Normales“ betrachtet werden müssen, obwohl alle ihre Erscheinungen auf eine akute Psychose hindeuten, und wenn nicht gerade der Alkohol das treibende Moment wäre, sicherlich als exkulpierend gelten würden. (Ziehen). Krankhafte körperliche Grundlagen, speziell Kopftraumen, Infektionskrankheiten, insbesondere Lues, Epilepsie, Hysterie, chronischer Alkoholismus sind als wirklich für pathologische Räusche disponierende Faktoren zu betrachten (Siebert). In einer Reihe von Fällen kann eine atypische Alkoholvergiftung durch vorübergehende Schädigungen, als da sind Ärger, Kummer, körperliche Überanstrengungen, sexuelle Exzesse ausgelöst werden. Bei dauernd Disponierten kann eine solche Schädigung ungemein erleichternd auf den Eintritt eines pathologischen Dämmerzustandes wirken. Ein affektiv stark betontes Ereignis (Streit, Verhaftung) kann bei dem Disponierten unvermittelt einen atypischen Rausch auslösen,

während es bei dem Nervengesunden zu einer Ernüchterung führen würde. Der pathologische Rausch äußert sich weniger in körperlichen wie in psychischen Symptomen. Der Kranke taumelt und lallt nicht, führt vielmehr alle Bewegungen mit großer Kraft und Sicherheit aus. Er ist aber desorientiert, von Wahnideen, Sinnestäuschungen und Zornaffekten regiert. Häufig ist ein maskenartiger Gesichtsausdruck oder Blässe des Gesichts vorhanden. Der Laie findet gewöhnlich in dem Verhalten des Kranken höchstens eine „Angetrunkenheit", aber nie eine „sinnlose Trunkenheit". Es muß jedoch betont werden, daß fließende Übergänge zwischen einem normalen und pathologischen Rausch bestehen (Ziehen). Die einfache Amnesie entspricht dem bis höchstens eine Stunde dauernden alkoholischen Dämmerzustand. In zwei Fällen Siebert's ist bemerkenswert, daß die wiederholten Ausnahmezustände bei den durch chronischen Alkoholismus bzw. chronischen Alkoholismus und Lues disponierten Individuen eintraten nach oft mehrstündigem Schlaf. Für die dann begangenen unsinnigen und unmotivierten Handlungen bestand totale einfache Amnesie. Freund beobachtete bei einem 65jährigen Patienten eine retrograde Amnesie über 45 Jahre. Er spricht allerdings von einer Alkoholepilepsie, so daß die retrograde Amnesie wahrscheinlich der Epilepsie und nicht dem Alkohol zuzuschreiben ist. Anterograde Amnesien nach atypischer Alkoholintoxikation sind m. W. nicht beschrieben; desgleichen finde ich nichts über spontane Aufhellung der Amnesien. Diese fehlende Reparation des Gedächtnisausfalls kann sogar nach Mönkemöller zur Differentialdiagnose gegenüber der Erinnerungslosigkeit

eines normalen Rausches herangezogen werden. Nur diese soll sich beseitigen lassen. Nach den Erfahrungen Kauders erweist sich jedoch die Amnesie für einen atypischen Rauschzustand als in Hypnose aufhellbar; also sind auch hier Reste von vordem Aufgefaßten nachweisbar.

Die klinischen Symptome der Kohlenoxydvergiftungen liegen auf körperlichem — Krämpfe, Lähmungen (Jaksch-Wartenhorst) — und auf psychischem Gebiet. Nach der Intoxikation kann ein Zustand eintreten, der weitgehende Ähnlichkeit mit einem atypischen Rausch oder mehr noch mit einem postkommotionellen Dämmerzustand zeigt, sowohl hinsichtlich des äußerlich unruhigen Verhaltens des Patienten (Breitung) als auch was seine häufig sinnlosen eruptiven Handlungen angeht. „Gedächtnisstörungen fehlen in keinem Fall“ (Giese), „sie ziehen sich wie ein roter Faden durch das ganze Gebiet der Kohlenoxydpsychosen hin“ (Sibelius). Einfache Amnesie ist immer vorhanden, meist auch retro- und anterograder Erinnerungsausfall. Ein Patient Breitungs war z. B. nach kurzer Vergiftung, die eine zehn Wochen anhaltende durch Unruhe und zeitweilige vollständige Bewußtlosigkeit charakterisierte Psychose zur Folge hatte, total amnestisch für diese Zeit, ein anderer Patient war über einen Tag retrograd und zwanzig Tage anterograd amnestisch. Patienten von Riese, Kohnstamm, Knapp, Stierlin und Sibelius waren generell retro-anterograd amnestisch, Kohnstamms und Knapps Patienten hatten Erinnerung an einige Vorstellungskomplexe. Die Erinnerung kehrte zurück, abgesehen von der einfachen Amnesie, zum Teil in einem Fall Breitungs, Quensel vermerkte eine Tendenz zur Besserung.

Die Schilderung der klinischen Erscheinungen der Strangulation dürfen wir beiseite lassen, da die Erkennung einer stattgehabten Strangulation im allgemeinen keine Schwierigkeiten macht. Lediglich die Art und das Vorkommen der Amnesien bedürfen einer kurzen Erörterung. In keinem der Fälle vermissen wir die einfache Amnesie. Ein Patient von Wollenberg war zwar frei von diesem Symptom, aber es handelte sich auch nur um einen Versuch der Erhängung, ein Bewußtseinsverlust war nicht eingetreten. Nach einer acht Tage später durchgeführten erfolgreichen Strangulation trat eine einfache Amnesie auf. Weitere Fälle, die mit einfacher Amnesie einhergingen, kennen Heß und Siegwart. Die Beobaehtungen von Sommer, Puppe, Meyer, Schilder weisen neben einfacher Amnesie eine retrograde Amnesie von etwa einer Stunde bzw. drei Stunden und gleichzeitige anterograde Amnesie von einigen Tagen bzw. zwanzig Tagen bzw. fünf Stunden auf. Alle diese Fälle waren einer Spontanheilung nicht zugänglich. Eine Restitution einer dreizehn Jahre umfassenden retrograden Amnesie konnte Travaglino feststellen, ein 14tägiger anterograder Erinnerungsverlust blieb allerdings auch dann bestehen. Schilder und Kauders behoben die retrograde Amnesie von Strangulierten in Hypnose, so daß wir auch für die Strangulationsamnesien nicht eine Zerstörung von Erinnerungsbildern, sondern nur eine Reproduktionshemmung verantwortlich machen dürfen.

Die bei Strangulierten beobachteten Amnesien waren früher Veranlassung und Streitapfel (Wagner und Wollenberg contra Moebius) für eine Einteilung der Amnesien überhaupt in „organische“ und „funktionelle“,

womit man den Begriff der Heilbarkeit resp. Unheilbarkeit verband. Überblicken wir jedoch unser Material, so sehen wir, daß nicht nur in den funktionellen Fällen eine Restitution eingetreten ist. Daher macht man heute obigen Unterschied nicht mehr. In den abgehandelten Fällen kehrte die Erinnerung zurück, teils spontan, teils dadurch, daß das dramatische Wiedererleben des vergessenen Erlebnisses im Wachen (Haushalter, Marx, Hochgeschurz 9), im Schlaf (Righetti), in einem zweiten Anfall (Ball und Kovalewski, Wildermuth und Woltär) statthatte, oder vermittels Assoziationsexperiments (Schilder), Schlafmittelhypnose (Schilder), Hypnose (Schilder, J. H. Schultz, Kronfeld, Strasser, Muralt, Ricklin, Kauders u. s. f.) erzwungen wurde. Man hat den festen Eindruck, daß in vielen, nicht nur den hysterischen Fällen von Schilder, J. H. Schultz, Waldberg, Strasser, Matthies, Gilbert usw. von Amnesie lediglich Verdrängungstendenzen maßgebend für die Erinnerungslosigkeit waren.

Diese Beobachtungen und Tatsachen berechtigen zu der Annahme, daß ganz allgemein eine Vernichtung von Erlebnismaterial durch einen Dämmerzustand nicht stattfindet, sondern daß eine — bei entsprechender Behandlung behebbare — Reproduktionsstörung für die Amnesien verantwortlich zu machen ist, und weiterhin, daß es eine Zerstörung von jemals seelisch Perzipiertem überhaupt nicht gibt (Schilder).

Die Form, Art und Ausdehnung der nach den abgehandelten Dämmerzuständen beobachteten Amnesien ist, wie uns die untersuchten, nicht kriminellen, Fälle lehren, wechselnd. Diese Variabilität ist von mehreren Momenten abhängig. Unter

anderem von dem Schwanken der Helligkeit des Bewußtseins, wie es sicherlich während desselben Dämmerzustandes statthat. Überhaupt muß dem Subjekt gegenüber dem Objekt für das Auffassungsvermögen während eines Ausnahmezustandes und für das nachfolgende Verhalten des Gedächtnisses die größere Bedeutung beigemessen werden. Es wäre sonst nicht zu erklären, wie in dem einen Fall von scheinbar wenig gestörtem Bewußtseinsablauf eine totale (Charcot, Strohmayer, Boullard, Naecke) und im entgegengesetzten Fall keine oder nur eine partielle Amnesie (Schilder, Hertz) auftreten kann. Nicht die Quantität, sondern die Qualität der Bewußtseinsstörung ist maßgebend. Im allgemeinen zwar dürfen wir mit Fürstner wohl erwarten, daß der Grad der Amnesie in einem bestimmten Verhältnis zu der voraufgegangenen Bewußtseinsstörung stehen wird, jedoch können wir gegenüber dem Gesunden, bei dem wir die für die Auffassung in Betracht kommenden Momente „berechnen“ und bis zu einer gewissen Wahrscheinlichkeit sagen können, hier muß eine Erinnerung vorhanden sein, die Grad und die Qualität der Bewußtseinstrübung beim Kranken — wenigstens wenn wir von dem habituellen Zustand absehen und nur die uns angehenden akuten Zufälle obiger Affektionen in unsere Betrachtung einbeziehen — nicht zahlenmäßig angeben und infolge davon auch nicht mit Bestimmtheit sagen, ob in einem Fall etwas wahrgenommen und aufgefaßt werden konnte bzw. mußte, und von welchem Zeitpunkt an nicht mehr.

Auf Grund dieser Tatsachen wird der Gerichtsarzt prüfen müssen, ob gegebenenfalls wirklich eine Amnesie angenommen werden darf.

Die Bedeutung der Amnesie liegt vorzüglich auf strafrechtlichem Gebiet. In Betracht kommt § 51 StGB., welcher lautet: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Zivilrechtlich ist für die Dauer der einfachen Amnesie die Geschäftsfähigkeit aufgehoben, Willenserklärungen sind nichtig (§ 105 BGB.).

Fällt die strafbare Handlung in die Zeit der retrograden Amnesie, so kommt § 51 nicht in Frage, denn zur Zeit der Begehung der Tat lag keine Bewußtseinsstörung vor, die Ausführung derselben hat keinen pathologischen Anstrich und der Vorsatz zu ihrer Ausführung ist häufig offensichtlich. Der Täter soll sich demnach für etwas verantworten, an das er eventuell nicht die geringste Erinnerung hat, und das als von ihm ausgeführt zu erkennen, ihm unmöglich sein kann. Zwar ist ihm die Gelegenheit gegeben, seine Gedächtnislücken aus der Beweisaufnahme auszufüllen, und der Tatbestand wird ihn schließlich überzeugen müssen, daß es niemand anders getan haben kann; jedoch ist die Rekonstruktion der Einzelheiten und Zusammenhänge des Vergehens und die intellektuelle Verarbeitung und verstandesmäßige Verwertung des Tatbestandes und dessen, was mit ihm zusammenhängt, in hohem Maße beeinträchtigt (Birnbaum). Daher sind einige Autoren (u. a. Marx) der Ansicht, daß bei ausgedehnter retrograder Amnesie, wenn wesentliche Persönlichkeitserlebnisse, ganze Lebensabschnitte für immer vernichtet sind, eine Verhandlungs- und Straffähigkeit ausge-

schlossen werden müßte. Berücksichtigen wir jedoch, daß wir unseren Erfahrungen nach eine Vernichtung von Gedächtnismaterial „für immer“ nicht behaupten können, daß wir jedenfalls die Möglichkeit einer Reparation zugeben müssen, und weiterhin, daß eine Amnesie immer nur eine subjektive Angabe ist, eine Simulation demnach in vielen Fällen, in denen ein Vorkommen von retrograder Amnesie den klinischen Kenntnissen nach nicht bestritten werden könnte, nicht schwer sein würde, dann müssen wir ein solches Vergehen ablehnen, ganz abgesehen davon, daß eine praktische Entscheidung, bei welchem Grad von retrograder Amnesie nun eine Verhandlungs- und Strafunfähigkeit einzusetzen habe, sehr schwer fallen dürfte.*) Maßgebend darf für uns nur sein, ob bei der Begehung der Tat eine Bewußtseinstrübung mit Ausschließung der freien Willensbestimmung vorhanden gewesen ist. Eine retrograde Amnesie ist kein Grund zur Strafausschließung; es muß dem Beklagten überlassen werden, sich in den Tatbestand einzufühlen und ein Schuldbewußtsein aus der Beweisaufnahme zu gewinnen.

Dieselben Erwägungen gelten zivilrechtlich.

Erstreckt sich die Amnesie über das ganze Leben, so kann sie vom Standpunkt der Identitätsfeststellung, der Verschollenheits- und Todeserklärung, erbrechtlich und

---

*) Voraussetzung ist, daß lediglich eine retrograde Amnesie vorhanden ist, daß also der Insult nicht außerdem eine Geistesschädigung gesetzt hat, die das Individuum hindert, dem Gange einer Verhandlung zu folgen, in derselben in angemessener Weise sein Recht zu wahren, seine Verteidigung in verständiger und verständlicher Weise zu führen. (Reichsgerichtsentscheidung vom 8. Januar 1897.)

vormundschaftsrechtlich die Gerichte beschäftigen (Fall Matthies).

Die Frage, inwieweit den Angaben vorhandenen Erinnerungsmaterials Amnestischer Glauben beizumessen ist, bedarf der Kenntnis des einzelnen Falles. Auch ein Amnestischer kann wohl imstande sein, durchaus wahrheitsgetreu einzelne Begebenheiten aus der fraglichen Periode wiederzugeben. Vorsicht ist jedoch am Platze wegen der nicht selten beobachteten Pseudoreminiszenzen derartiger Personen (Lesser, Schröder, Zillmer, Wachsgemuth, Adler, Strohmayer u. s. f.).

Man hat auch daran gedacht, in kriminellen Fällen die Hypnose zur Behebung einer Amnesie in Anwendung zu bringen. Dazu muß bemerkt werden, daß die Reparation zwar der Wahrheit gemäß vonstatten gehen kann (Matthies, Gilbert, Strasser, Schilder, J. H. Schultz u. a.), andererseits aber durch Verbalsuggestion nicht anders wie durch Mitteilungen an nicht hypnotisierte Amnestische Erinnerungslücken nur scheinbar ausgefüllt werden können, während in Wirklichkeit der Amnestische sich das ihm Mitgeteilte aneignet und dann als Eigenerinnerung ausgibt. Ja, der Hypnotisierte kann ebenso zielbewußt lügen, wie der im Wachzustand Befindliche (Matthies, Jakobi). Daher ist eine Anwendung der Hypnose in der forensischen Medizin als Beweismittel abzulehnen (Jakobi), ganz abgesehen davon, daß der Hypnotisierte rechtlich willenlos handelt, während nach den der Strafprozeßordnung zu Grunde liegenden Gedanken ein Inkulpierter auf keine Weise dazu angehalten werden darf, wider seinen Willen auszusagen.

Aus den Darlegungen ergibt sich, daß die gerichtlichen Fälle der sorgfältigsten

Prüfung bedürfen. Häufig genug wird der Gerichtsarzt nur auf Grund einer Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt (auf die Dauer von sechs Wochen § 81 StPrO.) in der Lage sein, ein Urteil abzugeben, ob eine einfache, retrograde oder retardierte Amnesie als vorliegend anzuerkennen ist, und ob überhaupt ein Dämmerzustand vorhanden war.

Für die epileptischen Ausnahmezustände dürfte im allgemeinen noch immer Siemerlings Satz gelten, daß es ohne epileptische Antezedentien keine Dämmerzustände gibt, obwohl Samt dieses nicht für erforderlich hält, und auch Kraepelin meint, daß ein einziger gut charakterisierter Dämmerzustand uns ebenso gut die Diagnose Epilepsie ermögliche, wie ein epileptischer Krampfanfall. Zu dieser Ansicht paßt ein Fall Mc. Carthys, wo ein 14jähriger Knabe unmotiviert plötzlich seinen Vater erwürgte, eine Tat, für die er total amnestisch war. (Einfache Amnesie.) Späterhin traten typische epileptische Anfälle auf. Epileptische Erscheinungen in der Anamnese sind andererseits nicht beweisend, daß nun auch im gegebenen Fall ein epileptischer Dämmerzustand vorgelegen haben müsse. Der Epileptiker kann natürlich ebenso bewußt kriminell werden, wie der Gesunde. Ein Beispiel dafür finden wir bei Hochgeschurz. Der Täter schützte für einen Mord Amnesie vor, um im Verein mit epileptischen Antezedentien einen Dämmerzustand annehmbar zu machen. Die psychologisch verständliche Tat — Mord aus Eifersucht — hatte weiter keinen Zeugen. Die Richter konnten sich nicht entschließen, lediglich auf die Angaben des Inhaftierten hin, den § 51 in Anwendung zu bringen und verurteilten ihn. Nach der Verurteilung gestand er, simuliert

zu haben. Einem Epileptiker Siemerlings gelang es allerdings auf solche Weise, von verschiedenen bewußt ausgeführten Diebstählen freigesprochen zu werden. Daß erfahrene Psychiater selbst lange Zeit hindurch getäuscht werden können, legt ein Fall Cramers dar, wo ein Mann, der im Dämmerzustand aufgegriffen und infolge angeblich genereller Amnesie nicht zu identifizieren war, zwei Jahre hindurch als Epileptiker in der Anstalt geführt wurde, bis es sich zufällig herausstellte, daß es sich um einen langgesuchten Schwerverbrecher handelte, der dann gestand, sich in medizinischen Werken auf seine Rolle vorbereitet zu haben. In einigen Fällen wird bei nachgewiesener Epilepsie und angeblicher Amnesie ein sicheres Urteil, ob ein Delikt im epileptischen Ausnahmezustand begangen sei, nicht zu fällen sein (Seiffer 5). Unlösbaren Schwierigkeiten können länger dauernde Wanderdämmerzustände bei nachgewiesenen epileptischen Antezedentien begegnen, da „die Wanderungen dieser nachweisbaren Epileptiker sich weder bezüglich des Verhaltens der Erinnerung, noch in irgend einer anderen Richtung von den Wanderungen Nicht-Epileptiker zu unterscheiden brauchen“ (Heilbronner nach Schmidt). Jedoch „spricht dauernd geordnetes Verhalten ohne Verkehrtheiten in Wort und Tat außer dem Delikt selbst, zunächst gegen einen Dämmerzustand“ (Raecke). Will man das Vorliegen einer retrograden Amnesie feststellen, so muß man nachweisen, daß für diese Zeit keinerlei Anzeichen einer Störung vorgelegen haben. Je länger diese Zeitspanne ist und je genauer der Kranke beobachtet wurde, umso wahrscheinlicher wird eine solche. Der klinischen Erfahrung, daß einem Dämmerzustand eine Amnesie

nicht nachfolgen müsse, entspricht ein Fall von Bonhoeffer, wo ein hereditär Belasteter in nach geringem Alkoholgenuß ausgelösten epileptischen Dämmerzustand dreimalige Brandstiftung beging und sich erinnerte, und zwei Fälle von Diebstahl im epileptischen Ausnahmezustand von Overbeck, in denen sich die Täter ebenfalls genau an alles erinnerten. Nur trug ihre Erinnerung etwas Unwirkliches an sich, so als ob sie Zuschauer bei dem Delikt gewesen wären. Die Gefährlichkeit des Alkohols für den Epileptiker tun die Fälle von Raecke (3), Hochgeschurz, Cramer, Hennes (1) Kühn dar. Hier wurden schwerste Gewalttaten verübt, für welche hinterher einfache Amnesie bestand. Das nach Cramer für Epileptiker charakteristische Phänomen der Gleichartigkeit der Delikte in aufeinanderfolgenden Dämmerzuständen beschreiben Hennes (2, 4, 9), Möller, Cramer, Seiffert. In Möllers Fall kam Notzucht, in den anderen Fällen Exhibitionismus mit nachfolgender einfacher Amnesie in Frage. In weiteren gerichtlichen Fällen Epileptischer von Faber (Mord), Hennes (1. Mordversuch), Glas (Diebstahl), Raecke (unerlaubte Entfernung), Schmidt (desgl.), Bunse (Gehorsamsverweigerung), Hauptmann und Schultze (Wanderungen) machte das Sinnlose — der Inkulpierte von Glas z. B. beging einen Gelddiebstahl, während er seine Barschaft liegen ließ —, erregte und verwirrte Benehmen der Täter einen krankhaften Zustand wahrscheinlich, und ließ die Angaben, sich an nichts oder nur einiges zu erinnern, glaubhaft erscheinen. Der Angeklagte von Raecke hatte obendrein früher schon dergleichen Erregungszustände geboten. Der von Schmidt und Bunse war durch ein erlittenes Schädeltrauma zu

Epilepsie disponiert, und der von Hennes wachte erst in der Klinik aus seinem Dämmerzustand auf. Demgegenüber wies man einem anderen wegen unerlaubter Entfernung von der Truppe Angeklagten Schmidts (48), der — als Sanitätsunteroffizier mit epileptischen Erscheinungen gut vertraut — behauptete, von der ganzen Sache nichts zu wissen, und in einem Dämmerzustand gehandelt haben wollte, indem er sich auf epileptische Antezedentien stützte, leicht nach, daß er simuliere, durch einen an seine Braut gerichteten Brief, den man abfing, und aus dem hervorging, daß er sehr genau Bescheid wußte. Echeverria beobachtete einen Epileptiker, der unterdrückte Gedanken des Wachbewußtseins (Mord aus Eifersucht) im Dämmerzustand zur Tat werden ließ. Auch einige wenige Fälle von retardierter Amnesie sind beschrieben worden. Diese trafen jedoch bei den Laien und Richtern auf Ungläubigkeit. Trotz des im höchsten Maße auffälligen Verhaltens, nämlich am hellen Tage einem Knaben die Testikel abzuschneiden, glaubte man Koeppens Inkulpiertem seine retardierte Amnesie nicht und verurteilte ihn. Claus warf man vor, er wolle seine Gutachten interessant machen, und verurteilte ebenfalls den wegen Mordes Angeklagten. Bald darauf bekam dieser einen epileptischen Anfall. Bei Hennes (11) erweckte das eigentümlich gestörte Benehmen den Verdacht einer Bewußtseinsstörung und veranlaßte dann eine Anstaltsbeobachtung.

An Schwierigkeit in der Beurteilung den epileptischen gleich sind die hysterischen Dämmerzustände und Amnesien, und alles, was dort gesagt wurde, gilt auch hier. Einige forensische Fälle seien angeführt. Eine Hysterika Cramers beging im Dämmer-

zustand ganz unmotiviert Kindesraub und Mord. Sie wies eine einfache Amnesie auf. Bei einer zweiten Angeklagten hatte das Zusammentreffen eines starken Affekts mit den menses bei einem im übrigen gesunden Individuum genügt, einen kurzen Dämmerzustand mit unsinnigen Worten und Taten auszulösen, für die totale Amnesie bestand. In einem dritten Fall gelangte ein unterdrückter Gedanke des Wachbewußtseins zur Ausführung. In den kriegsgerichtlichen Fällen von Fahnenflucht von Gerlach und Bunse liegt das den Dämmerzustand auslösende Moment z. T. in der Zukunft, und zwar in dem, was der Kranke nicht mehr erleiden will. Der Angeklagte Gerlachs war schon verschiedentlich wegen Entfernung von der Truppe verurteilt, trotzdem er immer beteuert hatte, daß er sich plötzlich an irgend einem Ort wie aus dem Schlaf erwacht wiedergefunden habe, ohne angeben zu können, wie er dort hingekommen, und was in der Zwischenzeit passiert sei. In eine Anstalt zur Beobachtung eingewiesen, wurde ein hysterischer Dämmerzustand mit nachfolgender totaler einfacher Amnesie festgestellt und dadurch das Vorkommen echter hysterischer Dämmerzustände gesichert. Zwei Fälle von retrograder Amnesie bringen Raecke (17) und Ganser, und zwar traten diese im Gefolge von sogenannten Ganserschen Dämmerzuständen mit dem Symptom des Vorbeiredens auf, welche durch Verhaftung hervorgerufen waren. Bei Raecke fiel eine Fahnenflucht, bei Ganser ein Diebstahl in den Bereich der retrograden Amnesie. Im letzteren Fall trat eine Aufhellung ein. Über eine Brandstiftung, die anfänglich einem anderen in die Schuhe geschoben, dann zugestanden und zuletzt geleugnet

wurde, berichtet Strohmeyer. Es handelt sich nach ihm um eine retardierte Amnesie. Ein von Singer beobachteter hysterischer Dämmerzustand, in dem der Betreffende eine Heirat einging, für die er später amnestisch sein wollte, darf wohl mit einer gewissen Skepsis (Simulation?) betrachtet werden. Denn ein solches Unternehmen dürfte doch wohl mehr Bewußtseinsquantitäten verlangen, wie in einem Dämmerzustand zur Verfügung stehen. Eher könnte eventuell eine autosuggestive Verdrängung der dem Kontrahenten hinterher vielleicht lästig gewordenen Ehe in Betracht gezogen werden. Taucht gerichtsärztlich die Frage auf, ob Hysterie oder Epilepsie vorliegt, so ist ein diagnostischer Fehlgriff zu Gunsten der Epilepsie insofern unerfreulich, weil die assoziative Verknüpfung Epilepsie - Dämmerzustand — wie Schmidt meint — bei den meisten Richtern und auch Laien eine derartig feste ist, daß die Diagnose Epilepsie als solche bereits die Tendenz hervorruft, den § 51 in Anwendung zu bringen, selbst wenn das Delikt mit der angeblichen Krankheit nichts zu tun hat. Als unterscheidendes Merkmal sei erwähnt, daß eine länger dauernde Epilepsie im Gegensatz zu der Hysterie wohl immer mit einer gewissen allmählich zunehmenden Charakterveränderung und Demenz einhergeht. Der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation können unüberwindbare Schwierigkeiten entgegenstehen. Der Übergang zwischen Simulation als etwas absichtlichem Bewußten und Hysterie als etwas automatisch ablaufendem Unbewußten ist unscharf. Die Täuschungsabsicht mag bei einem Hysteriker den Anstoß geben. Die abnorme Autosuggestibilität führt dann zu einem in exquisit pathologische Bahnen

geratenen und in ihnen abrollenden Vorgang.

Für die Erinnerung nach commotio cerebri führe ich einige forensische Fälle an. Ein Patient Härtl's wurde einfach amnestisch nach einer Gehirnerschütterung, die ihm durch einen Schuß von seinem Begleiter beigebracht war. Ein von Faber Begutachteter hatte in einem Streit, nachdem ihm ein Kopftrauma (wuchtiger Stockhieb) beigebracht war, seinen vermutlichen Gegner erstochen. Sein Verhalten war auffällig taumelig gewesen. Er war einfach und etwas retrograd amnestisch. Es handelte sich um einen postkommotionellen Dämmerzustand. In Fällen z. T. schwerster Delikte von Wachsgemuth, Faber, Marx, für die die Inkulpierten keine Erinnerung haben wollten, wurde eine infolge Kopftraumas, welches die Täter nach begangenem Crimen akquiriert hatten, eingetretene retrograde Amnesie den klinischen Erfahrungen entsprechend als möglich hingestellt. Im Falle Bruns boten die infolge sukzessiver Aufhellung der retrograden Amnesie verschiedenartigen und sich widersprechenden Aussagen eines durch Schläge auf den Kopf von ihrem Liebhaber niedergestreckten Mädchens der Gegenpartei willkommenen Anlaß, die Person als unglaubwürdig hinzustellen. Das Unberechtigte eines derartigen Vorgehens müßte gegebenenfalls vom Gerichtsarzt richtiggestellt werden.

Auf dem Gebiet der Alkoholintoxikationen kann die Tatsache, daß Übergänge zwischen typischem und atypischem Rausch bestehen, eine Unterscheidung dieser beiden Formen schwierig machen. Die ältere Anschauung, eine pathologische Alkoholreaktion müsse immer eine totale Amnesie zur Folge haben, ist nach dem Vorgehen Siemerlings mit Recht fallen gelassen worden. Er be-

gutachtete (s. Seiffer) einen epileptisch Belasteten Inkulpierten, der im atypischen Rausch exhibitioniert hatte, wofür er partiell amnestisch war. Einen weiteren Fall von Exhibitionismus eines hereditär Belasteten beschreibt Seiffer. Der Begutachtete hatte bei der intra delictum vorgenommenen Verhaftung den Eindruck eines Betrunkenen oder Geisteskranken gemacht. Hinterher war er für sein Vergehen amnestisch. In zwei Fällen Schmidts von partieller bzw. kompletter Amnesie war den Zeugen das Ängstliche, Verwirrte, und wie geistesabwesend Vorsichhinstieren besonders aufgefallen. Der eine von den beiden Inkulpaten war zudem durch ein Kopftrauma disponiert, bei dem anderen war das Vorkommen atypischer Alkoholreaktionen durch frühere nichtkriminelle pathologische Räusche sichergestellt. In einigen Fällen totaler und partieller einfacher Amnesie Moelis gelangten Gedanken des Wachbewußtseins zur Ausführung. Das Verhalten der Täter war nach dem Crimen ein höchst auffälliges. Der untersuchende Arzt stellte ein blasses verstörtes Aussehen, Zittern der Hände und der Zunge, eine eigentümliche Aufgeregtheit und das Fehlen von Zeichen einer sinnlosen Trunkenheit fest. Den klinischen Erfahrungen, daß vorübergehende erschöpfende Momente einen Rauschdämmerzustand auslösen können, entsprechen die Fälle von Mönkemöller (Kopftraumen), Becker und Cramer (coitus). Schmidt begutachtete eine atypische Alkoholreaktion, die nach einem kurzen Schlaf zum Ausbruch kam; in Sieberts Fall lehnten die Richter, weil ein Schlaf von mehreren Stunden vorauf-gegangen sei, einen pathologischen Rausch ab, obwohl der Inkulpierte ganz auffällige Handlungen begangen hatte, durch Lues

und chronischen Alkoholismus geradezu disponiert und obendrein unter nicht gerichtlichen Umständen schon häufiger nach einem Schlaf in einen Rauschdämmerzustand verfallen war. Einen wegen Meineids Angeklagten begutachtete Cramer. Es stellte sich heraus, daß der Inkulpierte falsch geschworen hatte, weil er sich infolge einer einfachen Amnesie nicht an Äußerungen erinnern konnte, die er im alkoholischen Dämmerzustand getan hatte. Moeli und Mönkemöller beobachteten retardierte Amnesien. Im Fall Moeli bestand bei der ersten Vernehmung an die Tat Erinnerung. Hier sei der Fall mitgeteilt, der den Anlaß zur Abfassung dieser Arbeit gegeben hat, und bei dem die angebliche Amnesie vom Sachverständigen Prof. Lochte abgelehnt wurde.

Ein junger Mann war des Meineids angeklagt. Er sollte einen sexuellen Verkehr mit einem jungen Mädchen ausgeübt haben, an den er sich nicht erinnern wollte oder konnte, und den er deswegen unter Eid bestritten hatte. Das Mädchen mit dem Kinde waren inzwischen gestorben. Es wurde festgestellt, daß der Inkulpierte vor dem fraglichen Verkehr relativ viel konzentrierten Alkohol genossen hatte. Er war von Zeugen beobachtet worden bis zu dem Augenblick, wo er sich in die Kammer des Mädchens begab, und hier wurde er einige Zeit später unter Umständen angetroffen, die einen ausgeübten Verkehr zur Sicherheit werden ließen. Für den Gutachter ergaben sich folgende Fragen: Ist die Angabe des Nichtwissens glaubhaft? Handelt es sich um ein einfaches Vergessen eines gesunden Menschen oder um eine Amnesie eines Nervenkranken? Wenn Amnesie vorliegt, welcher Art ist die zugestandene Amnesie?

Der Angeklagte konnte als ein nervengesunder Mann betrachtet werden. Für Epilepsie, Hysterie, Kopftrauma lag kein Anhaltspunkt vor.

Ein einfaches Vergessen wurde von Lochte abgelehnt. Ist doch ein sexueller Verkehr ein notwendigerweise mit einer gewissen Aufmerksamkeit verfolgter Vorgang und außerdem ein derart affektbetontes Erlebnis, daß es mit größter Wahrscheinlichkeit im Gedächtnis haften bleibt.

Es blieb also nur übrig, nach einer Amnesie zu forschen.

Diese ist nur ein Symptom einer voraufgegangenen Bewußtseinsänderung, und diese muß aus dem Verhalten des Täters zur Zeit der Tat diagnostiziert werden. Ein pathologischer Rausch war in unserem Falle nicht festzustellen. Der Inkulpierte hatte zwar reichlich Alkohol genossen, war aber seiner Umgebung weder durch sein Aussehen, noch durch sein Verhalten aufgefallen. Der Angeklagte gab außerdem Ermüdung an.

Der Gutachter führte vor Gericht aus, daß kein Grund für die Annahme einer pathologischen Erinnerungslücke bestehe. Trotzdem gelangten die Geschworenen ausgehend von der Erwägung, daß der voraufgegangene Alkoholgenuß und die Ermüdung einen Erinnerungsdefekt zur Folge gehabt haben könnte, zu einer Verneinung der Schuldfragen.

Ebenfalls zur Ablehnung einer einfachen Amnesie gelangte Wagner v. Jauregg in einem Sachverständigenurteil, das er über einen wegen mehrfachen Mordes Angeklagten abgab, welcher unter der Angabe, sich an sein Tun nur summarisch zu erinnern, in einem alkoholischen Ausnahmezustand gehandelt haben wollte. Hierfür ergaben sich jedoch keine Anhaltspunkte.

Bei der Ausführung der psychologisch verständlichen Tat, die nicht unmotiviert begangen und folgerichtig durchgeführt wurde, hatte der Inkriminierte durchaus nicht das Aussehen geboten, welches wir oben als für atypisch Berauschte charakteristisch beschrieben haben. Der Inkulpierte wurde verurteilt.

Hinsichtlich der Kohlenoxydvergiftungen kann man absichtlich herbeigeführte und zufällige unterscheiden. Hinsichtlich der ersteren handelt es sich häufig um erweiterte Selbstmorde und dann meist um Mütter, die mit ihren Kindern in den Tod gehen wollen (Straßmann, Marx). Das Suicid war der Höhepunkt und Abschluß eines entbehrungsreichen Daseins. Die Überlebenden wollten sich an die Vorbereitungen zu ihrer Tat nicht erinnern können. Die Möglichkeit einer infolge Kohlenoxydvergiftung vorhandenen retrograden Amnesie mußte unseren klinischen Kenntnissen nach zugegeben werden. Die Richter haben jedoch nach Straßmann immer, wenigstens soweit Frauen im Spiele waren, angenommen, daß die Tat in einem durch höchste Affekte ausgelösten Dämmerzustand begangen sei, und daß also keine retrograde, sondern eine einfache Amnesie vorliege. Nur in einem Fall wurde eine Bewußtseinsstörung vor dem Delikt nicht angenommen, weil keine Amnesie vorhanden war. Von zufälligen Kohlenoxydvergiftungen hat Zenker einen berühmt gewordenen Fall beschrieben. Eine Person fiel der Vergiftung zum Opfer, den Überlebenden, der behauptete, amnestisch zu sein, war man anfänglich versucht, für einen Simulanten und des Todes der anderen Person schuldig zu halten, bis man durch die Begleitumstände zu der Überzeugung kam, daß

eine Kohlendunstvergiftung mit nachfolgender Amnesie vorgelegen habe. Von Brouardel ist ein Fall beschrieben, in dem man dem Angeklagten, der als einziger aus einer Leuchtgasvergiftung mit dem Leben davonkam und angab, sich an nichts erinnern zu können, nicht glaubte, vielmehr meinte, dieser habe die anderen vergiften wollen, während er selbst erst später pro forma in das vergaste Zimmer eingetreten sei. Er wurde demgemäß — wie sich später herausstellte zu Unrecht — verurteilt. In einem anderen ebenfalls Brouardelschen Fall war allerdings wirklich nach diesem Schema ein Mordversuch erfolglos eingeleitet worden. In Fällen von Sachs (Mord) und Engels (Sachbeschädigung) berechtigte das brutale, sinnlose, unmotivierte Handeln der Täter, die Angabe einer Amnesie und der Nachweis, daß die Kontrahenten Kohlenoxydgasen ausgesetzt gewesen waren, einen durch diese Vergiftung provozierten Dämmerzustand anzunehmen.

Die Strangulationen spielen deshalb forensisch eine Rolle, weil die Strangulierten ihrem Suicid nicht selten gegen Angehörige gerichtete kriminelle Handlungen voranschicken, über die sie später im Falle ihrer rechtzeitigen Rettung infolge einer retrograden Amnesie keine Aussagen machen können. So wollte der Inkulpierte von Tardieu nichts von der Tötung seiner Geliebten, der von Brie nichts von dem an seiner Tochter unternommenen Vergewaltigungsversuch, und der von Wagner nichts von dem Totschlag seines Vaters wissen. Im letzteren Fall hellte sich die retrograde Amnesie allerdings später auf und der Täter legte ein Geständnis ab. Im Fall Brie wurde erfolglos versucht, die zweimonatige retrograde Amnesie mittels Hypnose auf-

zuhellen. Die von Londoner Straßenräubern durch Überwerfen von Schlingen wehr- und bewußtlos gemachten Opfer vermochten ihre Angreifer infolge rückschreitenden Erinnerungsdefekts nie zu beschreiben und bei Gegenüberstellungen nie zu identifizieren (Seydel).

Aus unseren Ausführungen über die bei Epilepsie, Hysterie, Kopfverletzungen, Alkohol-, Kohlenoxydvergiftungen und Strangulationen vorkommenden Dämmerzustände und Amnesien geht hervor, daß in gerichtlichen Fällen das Amt eines ärztlichen Sachverständigen kein ganz leichtes ist.

Soll der Gutachter pro foro sein Urteil abgeben gegenüber der Behauptung eines Angeklagten, sich des fraglichen Vorganges nicht zu entsinnen, so muß es zunächst seine Aufgabe sein, um festzustellen, ob die zu vernehmende Person nervengesund oder nervenkrank ist, ihren ganzen Entwicklungsgang einer Betrachtung zu unterziehen. Nur so kann ein Bild erhalten werden von der Reaktionsweise und der Glaubwürdigkeit im allgemeinen. Es ist insbesondere zu fahnden nach hereditärer Belastung, Erziehung, Verhalten, der sozialen Lage und des Milieus, nach Epilepsie, Hysterie, Infektionskrankheiten und Kopftraumen. Eine gewisse Zurückhaltung darf dabei Platz greifen. Kopftraumen z. B. können, selbst wenn eine Bewußtlosigkeit nachgewiesen wurde, nicht immer im Sinne einer Commotio c. verwertet werden, denn nach Gaupps Kriegserfahrungen trat häufig — nach eigenen Angaben der Betroffenen — die Bewußtlosigkeit erst einige Zeit nach dem Insult ein, es handelte sich um eine reaktiv ausgelöste, funktionelle „Flucht in die Ohn-

macht“ aus der bedrängenden Umwelt heraus (Higier). Auf dem Gebiete der Kriminalistik fortgeschrittene Inkulpierte behaupten häufig gleich von vornherein, daß sie sich in einem Dämmerzustand befunden hätten und für ihr Delikt nicht verantwortlich zu machen seien (Schmidt 48).

Weiterhin ist klarzustellen, welcher Art der in Rede stehende Vorgang gewesen ist, und ob anzunehmen ist, daß etwas aufgefaßt wurde. Der aufkeimende Verdacht einer Amnesie kann nur bestätigt werden durch den Nachweis eines pathologischen Verhaltens des Individuums, insbesondere durch den Nachweis eines Dämmerzustandes; und dieser ist durchaus nicht immer leicht zu erbringen.

Die Ergebnisse vorliegender Arbeit lassen sich zusammenfassend kurz präzisieren:

1. Die Amnesie ist ein wichtiges Symptom eines voraufgegangenen Dämmerzustandes.

2. Forensisch am wichtigsten sind die einfache und die retrograde Amnesie.

3. Die Amnesie besteht nicht in einer Zerstörung von Gedächtnismaterial, sondern beruht auf Assoziations- bzw. Reproduktionshemmungen, und ist daher im Prinzip nicht irreparabel.

4. Bei behaupteter Amnesie hat der Sachverständige festzustellen, ob die untersuchte Person nervengesund oder nervenkrank ist.

5. Ist sie nervengesund, und die Aufmerksamkeit und das Interesse auf den Vorgang gerichtet gewesen, so muß eine Auffassung stattgefunden haben; war das Interesse abgelenkt, so wird je nach dem Grad der Ablenkung die Auffassung geringer sein.

6. Bei nervenkranken Personen bedarf es außer der Feststellung der Aufmerksamkeit und des Interesses

a) der Prüfung des habituellen Zustandes und damit der Haftbarkeit der Eindrücke (Merkfähigkeit, Gedächtnis) und

b) der Feststellung, ob ein Dämmerzuzustand vorlag, und damit eine Amnesie glaubhaft erscheint.

Literaturverzeichnis.

A. Z. f. Ps. = Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und phychisch-gerichtliche Medizin.
Z. f. d. g. N. = Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
A. f. Ps. = Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.
M. f. Ps. = Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.
A. a. d. N. = Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und Grenzgebieten.
N. C. = Neurologisches Centralblatt.
V. f. g. M. = Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen.
A. f. K. = Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik.

Adler, Über die Symptomatol. und einige Folgezustände der Gehirnverletzungen, V. f. g. M., 1899, Bd. 17.

Alzheimer, Über rückschreitende A. bei Epilepsie, A. Z. f. Ps., 1897, Bd. 53.

Aschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie, Allgem. Teil, 3. Abt., Deuticke, Leipzig 1915.

Bechterew, Über period. Anfälle retroaktiver Amnesie, N. f. Ps., Bd. VIII, 353.

Benon, Epilepsie et déliro sans amnésio, N. C., 1910, 29. Jahrg.

Bensch, Rud., Zur Kasuistik der epil. Dämmerzustände, Dissertation, Bonn 1913.

Belitzky, Zur Frage der retrosp. traumatischen Amnesie, Z. f. d. g. N., Ref. X, 534.

Bertschinger, Kommotionspsychosen, Z. f. d. g. N., XVII, 117.

Berger, Prof., Trauma und Psychosen, Springer Berlin, 1915.

Becker, Theo, Praxis der Begutachtung von Alkoholdelikten, Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1912, Bd. 41.

Benon, Les amnésies traumatique, Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1923, Nr. 34, 448.

Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie, Jena 1920, V. Aufl.

Binswanger, Zit. nach Hochgeschurz.

Birnbaum, Zur Frage der Verhandlungsfähigkeit, Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 22 Jahrgang.

Boullard, Zit. nach Kalberlah.

Bonhoeffer, Zentralblatt für Nervenheilk. und Psychiatrie, 1900, 599.

Boedeker, Über einen Fall von retro-antempr. A. nach Erhängungsversuch, Berliner Klin. Wochenschr., 1896, Nr. 2.

Bolten, Traumzustand nach Erhängen, Z. f. d. g. N., Ref. XVIII, 125.

Brie, Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1904, 458.

Briand, Simulierte Amnesie, Z. f. d. g. N., 1910, I 715.

Breitung, Ein Beitrag zur Kenntnis der psych. Störungen nach CO-Vergiftung, A. Z. f. Ps., 1920/21, Bd. 76, 273.
Bruns, Über retrograde Amnesie, Dissertation Tübingen, 1903 und Zit. nach Adler.
Brouardel, Zit. nach Straßmann und nach Stierlein.
Bukley, A case of so called alkoholic amnesia, Z. f. d. g. N., Ref. 1912, V 413.
Bunse, Paul, Die reaktiven Dämmerzustände, Z. f. d. g. N., Orig. 1918, 40. Bd., Heft 4 u. 5.
Charcot, Zit. nach Hennes.
Cramer, Gerichtliche Psychiatrie, Jena 1908, und Über die forens. Bedeutung des norm. u. pathol. Rausches, M. f. Ps. 1903, 13.
Chundratse, Akute Alkoholpsychose als Ursache der Unzurechnungsfähigkeit, Z. f. d. g. N., Ref. VI, 593.
Diller, Amnesien bei Mördern, Z. f. d. g. N., Ref. 1915, XI, 501.
Donath, Der epil. Wandertrieb, A. f. Ps. 1899, Nr. 63, Bd. 32 und Bd. 42, 1907, S. 751, u. Jahresbericht f. Neurol. u. Psych., 1908, 684.
Dodillet, Beitrag zur Lehre von den traumat. Psychosen, Dissertation, Leipzig 1912.
Echeverria, s. Schilder, Zur Psychol. epil. Ausnahmezst.
Faber, Amnesie vom gerichtsärztl. Standpunkt aus, Dtsche. Richterzeitung 1915, 7. Jahrg., Hannover.
Flatau, S., Hysterie u. Simulation, Ref. Dtsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med., 1922, I 259, und Zit. nach Schmidt.
Fürstner, Die Zurechnungsfähigkeit der Hy., A. f. Ps. 1899, Bd. 31 und A. f. Ps. 1882, 715.
Freund s. Konrad.
Gauser, Über einen eigenartigen hyster. Dämmerzustand, A. f. Ps. 1904, Bd. 38.
Gaupp, Kriegsneurosen, Z. f. d. g. N., Orig. 1916, Bd. 34.
Gaupp, Zur kriegsgerichtl. Begutachtung der im Rausch begangenen Verbrechen, Ztrbl. f. N. u. Ps. 1906 und Zit. Schmidt.
Gerlach, Hyster. Dämmerzustände mit Fahnenflucht, A. Z. f. Ps. 1908, Bd. 65.
Gerstmann, Amnesie nach Lawinenverschüttung, Monatsschrift f. Psychiatrie 1918, 43, 272.
Gilbert, Amnesie ein Phänomen des Unterbewußtseins, Zentralbl. f. d. g. N. u. Ps., 25, 117.
Giese, Zur Kenntnis der psych. Störungen nach CO-Vergiftung, Dissertation, Königsberg, 1912.
Glas, Epilept. Bewußtseinszust. mit Wandertrieb, N. C. 1910, 483.
Gregor u. Brochmann s. Schilder, Zur Psychologie.
Groß, Kriminalpsychologie, Leipzig 1905, Zit. nach Mönkemöller.
Gussenbauer, Über den Ausfall der Erinnerungsbilder nach Commotio c. Wiener Klin. Wochenschr. 1894.
Härtel, Amnesie für einen Schädelschuß, Dtsche. Mediz. Wochenschrift 1916, Nr. 42.
Harbitz, CO-Vergiftung im Motorboot, V. f. g. M., III F., 54. Bd.
Hauptmann, Über Epilepsie im Licht der Kriegserfahrungen, Z. f. d. g. N., Orig., Bd. 36, 1917.
Haushalter, Amnésie commotionelle, Z. f. d. g. N., Ref. XVII, 28.

Heine, Die forens. Bedeutung der Amnesie, V. f. g. M. 1911, III F., Bd. 42.
Heym, Entstehung der Bewußtseinsstörung, N. C., Bd. 30.
Heilig, Zur Kasuistik der protah. Dämmerzust., A. Z. f. Ps. 1913, Bd. 70.
Heß, retrospr. A. nach Strangul.-Versuch und Kopftrauma, M. f. Ps. 1904, Bd. 15, und Jahresbericht f. Neurol. u. Psych. 1903, 797.
Herschmann, Psych. Verdrängung b. wiederbelebt. Erhängten. Wiener Klin. Wochenschr. 1914, Nr. 44.
Helming, Zit. nach Hochgeschurz.
Higier, Eigentümliche Dämmerzustände nach Granatexplosion, N. C. 1916, 376.
Higier, Amnésie retro-anterogr. nach Kopftrauma, N. C. 1918, 110 und 1916, 757.
Hochgeschurz, Die epil. Amnesien in klin. u. forens. Bedeutung, Dissertation, Bonn, 1909/10.
Hoppe, Zur gerichtsärztl. Begutachtung der im Rausch beg. Verbrechen, Ctrbl. f. N. u. Ps. 1906, Zit. nach Schmidt.
Horn, Symptomatologie und Prognose der cerebr. Commotionspsych. Z. f. d. g. N., Orig. 1916, Bd. 34.
Hopkins, Jahresbericht f. Neurol. u. Ps. 1902, 408.
Hübner, Über Leuchtgasvergiftungen, N. C. 1916, 934.
Hennes, Die epil. Dämmerzustände u. ihre forens. Bedeutung, Dissertation, Bonn 1910.
Janet, Jahresbericht f. Neurol. u. Psychiatrie 1905, 926.
Jakob, Kommotionspsychose, Z. f. d. g. N., Ref. XVIII, 241, und Z. f. d. g. N., Orig., 1919, Bd. 45, 30.
Jakobi, Forens. Geständnisse unter Hypnose, Dtsche. Zeitschr. f. d. g. gerichtl. Med. 1923, II, 6.
Jackson, Zit. nach Hennes.
Jaksch-Wartenhorst, Zur Kenntnis der CO-Toxikosen, Mediz. Klinik 1923, I.
Jaspers, Psychopathologie, Berlin.
Jones, Jahresbericht f. N. u. Ps. 1909, 999.
Isserlin, Zur forens. Begutachtung von Hirnverletzt., A. Z. f. Ps. 1920/21, Bd. 76.
Kalberlah, Über die akute Kommotionspsychose, A. f. Ps. 1904, Bd. 38.
Kaufmann, Beiträge zur Kenntnis der retrogr. Amnesie, Dissertation, Würzburg, 1909.
Knapp, A case of retroa. A. fellowing gas poisonning, N. C. 1916, 935.
Kohnstamm, Krankheitsbilder der retro-a. A., M. f. Ps. 1917, Bd. 41.
Kovalewski, Zit. nach Donath.
Koeppen, Charité-Annalen, 1899, Zit. nach Noack.
Koch, Zit. nach Hennes.
Kauder s. Schilder, A. f. Ps., Bd. 72, Heft 2, Seite 331, 1924.
Koempfen u. Klink, s. Kalberlah.
Konrad, Über einen Fall von retrogr. A., A. f. Ps., Bd. 42.
Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie.
Kraepelin, Über die Merkfähigkeit, M. f. Ps. 1900, Bd. 8, 245.

Kraepelin, Über Hysterie, Z. f. d. g. N., Orig., 1913, Bd. 18.
Krüger, Affekt. Dämmerzust., Z. f. d. g. N., Ref. 1919, XVIII, 243.
Krarup-Frode, Hypnoide Handlungen, Amnesie, Wiedererinnerung d. Hypnose, Z. f. d. g. N., Orig., 1924, Bd. 90.
Krafft-Ebing, Gerichtliche Psychologie, 2. Aufl., S. 265.
Kühn, Epilepsie in gerichtsärztl. Bedeutung, V. f. g. M., 1919, Bd. 57.
Léglas, Jahresbericht f. Neurol. u. Psychiatrie 1902, 758.
Lewin, Über Vergiftung durch CO-haltige Explosionsgase, München. Med. Wochenschr. 1915, Nr. 14.
Liepmann, Handbuch der ärztl. Sachverständigen-Tätigkeit, 1910, Bd. 9.
Liepmann, Zur Kenntnis des amnest. Symptomenkomplexes, N. C., 1910, 29.
Lücke, Über das Gansersche Symptom, A. Z. f. Ps. 1903, Bd. 60.
Lührmann, Über Amnesie, A. Z. f. Ps. 1899, Bd. 56, 450.
Matthies, Hysterie mit retrogr. Amnesie, A. Z. f. Ps. 1908, Bd. 65.
Marx, Erinnern und Vergessen, V. f. M., III F, 51. Bd.
Marx, Amnesie nach CO-Vergiftung, V. f. g. M. 1916, Bd. 51, S. 195. 202.
Marx, Falsche Selbstbezichtigung, Z. f. d. g. N., Ref., 1913, Bd. 6.
Moeli, Über die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins, A. Z. f. Ps. 1900, Bd. 57, 169.
Möller, Sittlichkeitsdelikte im epil. Dämmerzustand, V. f. g. M. 1912. Bd. 44, 284.
Mönkemöller, Der patholog. Rauschzustand, A. f. K. 1914, 59.
Mönkemöller, Deckung eines Erinnerungsdefekts durch Halluzination, A. Z. f. Ps. 1903, 60.
Möbius, Zit. nach Wollenberg.
Mörchen, Epilept. Bewußtseinsänderungen, M. f. Ps. 1905, Bd. 17.
Meyer, Dämmerzustand mit nachfolg. A. nach leichter Commotio c. Z. f. d. g. N., Ref. 1914, IX.
Meyer, Psych. Störungen nach Strangulation, Medizinische Klinik 1910, Nr. 38.
Meyer, Über akute und chron. Alkoholpsychosen, A. f. Ps. 1904, Bd. 38.
v. Muralt Zur Frage der epil. Amnesie, Zeitschr. f. Hypnose u. Psychotherapie 1902, X, Heft 2.
Neuendorf, Zur Kasuistik der retropr. Amnesien, Dissertation, Jena 1914.
Noack, Redartierte Amnesie, Charité-Annalen, Berlin 1911, Bd. 35, 276.
Offner, Das Gedächtnis, Berlin 1909.
Ottolenghi, s. Noack.
Overbeck, Kriminelle Handlungen im Zustand veränderten Bewußtseins mit und ohne Amnesie, Z. f. d. g. N., 25, 591.
Perelmann, Ein Fall von Hy. mit psychogener Harnverhaltung und Amnesie, Z. f. d. g. N. 1923, 31, 458.
Pick, Zit. nach Moeli.
Pilgrim Alkoholism. amnesie and automatism. Schmidts Jahrbücher, Bd. 308.
Pilcz, Handbuch der ärztl. Sachverständigentätigkeit, 1910, 9.

Powers, Four interesting cases of emotionals dream state of — —. N. C. 1913, 391.
Poppe, Zur Psychopathologie der Fugues, M. f. Ps., 1920, 47.
Popp, Erscheinungen im Spättod nach Erhängungsversuch, V f. g. M., III. F. 59. Bd.
Puppe, Strangulation mit Amnesie, Dtsche med. Wochenschrift 1918, II, 927.
Prager, Beitrag zur Kasuistik der hyster. Schlafzustände, Dissertation, Leipzig 1915.
Quensel, Psychose durch CO-Vergiftung, Z. f. d. N. Ref. V, 414 und VI, 420.
Raecke, Über epil. Wanderzustände, A. f. Ps. 1908, 43.
Raecke, Über krankhaften Wandertrieb, V. f. g. M. 1919 III F., Bd. 57.
Ranzow, Dämmerzustand mit Amnesie, Z. f. d. g. N., Ref. 1921, XXIII., 142.
Régis, Amnésie de bataille, Z. f. d. g. N., Ref. 1917, XIV., 363.
Redlich, Zit. nach Kaufmann.
Ribot, Das Gedächtnis und seine Störungen, 1882, Hamburg und Leipzig.
Righetti, Beitrag zur Kenntnis der inselförmigen retrogr. Amnesie, Centralblatt f. d. g. N., XXV., 392.
Riese, Ein Beitrag zur Kenntnis der psych. Störungen nach CO-Vergiftungen, M. f. Ps. 1918, Heft 6.
Ricklin, Zit. nach Hochgeschurz.
Rosenbach, 3 Fälle simulierter Geistesstörung, A. Z. f. Ps. 1908. 65.
Rohrschach, Assoziationsexperiment und Hypnose im Dienst der Hebung der A., Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte 1917, Nr. 28.
Rohrschach, Pferdediebstahl im Dämmerzustand, Z. f. d. g. N., Ref. 1913, VI, 556.
Rudolph, Über einen Fall von CO-Vergiftung, Dissertation, München 1911/12.
Samt, A. f. Ps. 1874, 393.
Seiffer, Über Exhibitionismus, A. f. Ps. 1899, Bd. 31.
Siemerling, Über die transitor. Bewußtseinsstörungen der Eepileptiker, Berl. klin. Wochenschrift 1895, Nr. 42.
Siemerling, Zur Lehre von den epil. Bewußtseinsstörungen, A. f. Ps., Bd. 42, 769.
Siegwart, A. f. Ps. 1907.
Sommer, Jahresbericht f. Neurol. und Psych. 1903, 996.
Schilder, Medizinische Psychologie, Springer 1924.
Schilder, Zur Lehre v. d. A. Epileptischer, von der Schlafmittelhypnose und Gedächtnis, A. f. Ps., Bd. 72, Heft 2, 1924.
Strassmann, Der Familienmord in gerichtl. psych. Beziehung, V. f. g. M. 1908, III F., Bd. 35, 143, 155.
Strassmann, Neuere Erfahrungen über Familienmord, V. f. g. M. 1916. III F., Bd. 51.
Strassmann, Kasuist. Beiträge zur Lehre von den epil. Zuständen, V. f. g. M. 1895, X. Bd.
Straßmann, CO-Vergiftung und Verbrechen, Berl. klin. Wochenschrift 1917, 3.

Sander, Zit. nach Moeli.
Sachs, Die CO-Vergiftung, zit. nach Rudolph.
Salgo, Der Bewußtseinszustand im epil. Anfall, A. Z. f. Ps. 1899, 56.
Schmidt, Forensisch-Psychiatrische Erfahrungen im Kriege, A. a. d. N. 1918, Heft 5.
Schultze, E., Krankhafter Wandertrieb, Z. f. d. g. N. 1912, X.
Schultze, Über krankhaften Wandertrieb, A. Z. f. Ps. 1903, 60.
Schultze, Über epil. Äquivalente, Münchener med. Wochenschr. 1900, 47.
Schultze, Ein ungewöhnl. gewerbl. Fall von ClO-Vergiftung. Berl. klin. Wochenschr. 1919, 56.
Schultz, I. H. Zur Psychopathol. und Psychother. amnest. Zustände, Z. f. d. g. N. Orig. 1924, Bd. 89.
Scheptelitsch, Zur Frage des Einflusses von Träumen auf die Erinnerungsfähigkeit, A. Z. f. Ps. 1908, 65, 55.
Schlesinger, Retrogr. traumat. Amnesien, Wiener klin. Wochenschrift 1915, Nr. 28.
Schilder, Zur Psychologie epil. Ausnahmezustände, A. Z. f. Ps. 1924, Bd. 80, Heft 142.
Schilder, Retrogr. Amnesie eines wiederbelebten Erhängten. Medizinische Klinik 1923, Nr. 18.
Schnizer, Verletzung der militär. Unterordnung im hyster. Dämmerzustande, Dtsche. militärärztl. Zeitschr. 1911, Heft 40, 207.
Schönfeld, Zur Kenntnis der hyst. kortik-motor. Aphasie mit Amnesie, N. C. 1913, 720.
Schröder, Die Geistesstörungen nach Kopftraumen, Neue dtsche. Chirurgie 18, 1920.
Seydel, Über die Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Strangulation, V. f. g. M. 1894, Bd. 8.
Siemerling, Simulation u. Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen, Berl. klin. Wochenschr. 1905, 1489. Zit. nach Paecke.
Siepe, Beitrag zur Frage der strafrechtl. Bedeutung der Amnesie, Dissertation, Bonn 1914.
Singer, A ease of ambulatory automatism. Centralbl. f. d. g. N. XXXII., 539.
Siebert, Die psych. Stellung der pathol. Rauschzustände, N. C. 1919, 36, 610.
Störring, Vorlesungen über Psychopathologie, Leipzig 1900.
Stern, Beiträge zur klinisch-hyster. Situationsschosen, A. f. Ps. 1913.
Stern, Beiträge zu klin. hyster. Situationspsychose, A. f. Ps. 1913.
Stern, Experim. psychol. Untersuchungen an Hirnverletzten, Journal f. Psychol u. Neurol. 1917, 23. Zit. nach J. H. Schultze.
Stoll, Ergebnisse psychiatr. Begutachtung b. Kriegsgerichten, Z. f. d. g. N. Ref. 1919, XVII., 379.
Stertz, Zur Frage der Rückerinnerung an epil. Ausnahmezustände, Z. f. d. g. N. Ref. 1914, IX., 361.
Sträussler, Über den Zustand des Bewußtseins im hyster. Dämmerzustand, Z. f. d. g. N. 1913, 16.
Stierlin, Über psycho-neuropath. Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe v. Courrières, M. f. Ps. 1909, Bd. 25.

Strasser, Verantwortlichkeit und hyster. Dämmerzustand, Correspondenz f. Schweizer Ärzte, Bd. 46, 1916.
Storch, Psychische und nervöse Störungen nach Sniciclversuch durch Erhängen, Dissertation, Kiel 1909.
Stolper, Die Geistesstörungen infolge Kopfverletzungen, V. f. g. N. 1897.
Stanojevie, Ein Fall von pathol. Rausch, Centralblatt f. d. g. Neurol. 1924, XXXV., 349.
Strohmayer, Handbuch der ärztl. Sachverständigentätigkeit 1910, 9, 856.
Sztanojewits, Psychische Störungen nach Strangulation, Z. f. d. g. N., Ref. X, 849.
Tardieu nach Popp.
Travaglino, CO-Vergiftung, Z. f. d. g. N. Ref. IX, 347.
Trule, Retro-anterogr. Amnesie nach Strangulation, Z. f. d. g. N., Ref. XI, 542.
Vinchow, Reconstruction de l'hostoire, Z. f. d. g. N., Ref. VI, 592.
Waldberg, Zur Wirkung der Affekte auf die Erinnerungsfähigkeit, A. Z. f. Ps. 1921/22, Bd. 77.
Wagner v. Jauregg, Zweimal Mord im trunkenen Zustand, Wiener med. Wochenschrift 1914, Nr. 6 u. 7.
Walton, the claim om inconsciousness in tort and murcher cases, Z. f. d. g. N., Ref. 1915, XI, 502.
Wachsgemuth, Schußverletzung mit retrogr. A., V. f. g. M. 1907 III F., 34.
Werner, Die Geistesstörungen infolge von Kopfverletzungen, V. f. g. M. 1902, III F., 23. Bd.
Westphal, Über seltene Formen von traumat. u. Intoxikationspsychosen, A. f. Ps. 47, 1900 u. Zit. n. Kalberlah.
Weber, Über die Zurechnungsfähigkeit für Delikte, die im Rausch begangen sind, A. Z. f. Ps. 1902, Bd. 59, 768.
Weber, Zit. nach Mönkemöller u. Kalberlah.
Wille und Weber, Zit. nach Kalberlah.
Wiersma, Erklärung von retrogr. Amnesien, Z. f. d. g. N., Ref. XII, 224.
Wimmer, Erklärung der Amnesien, Z. f. d. g. N., Ref. 1919, XVII, 2.
Wildermuth, Zit. nach Hennes.
Woltär, Über den Bewustseinszustand während der Fugue, Jahrbücher f. Ps. 1906, Bd. 27 und Zit. nach Hennes.
Wollenberg, Erscheinungen bei wiederbelebten Erhängten, A. f. Ps. 1899, Bd. 31.
Zahn, Über krankhaften Wandertrieb, V. f. g. M. 1919, III F., Bd. 57.
Zenker, Deutickes Archiv f. klinische Medizin, Bd. VIII.
Ziehen, Obergutachten über die Zuverlässigkeit eines Aphasischen, V. f. g. M. 1897, III F., Bd. 13/14.
Ziehen, Pathol. Unzurechnungsfähigkeit, Monatsschr. f. Neurol. u. Pathologie, Bd. II, 53; III, 115. Zit. nach Cramer.
Ziehen, Das Gedächtnis, Rede.
Zillmer, Dämmerzustände nach Schädeltraumen, Dissertation, Berlin 1910/11.